



Aide pour une Complémentaire Santé – ACS

Comment facturer le tiers-payant intégral ?

Qui est concerné ?

Un patient

- qui bénéficie de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)
- qui a souscrit un **contrat complémentaire santé sélectionné par le Ministère de la Santé***

Comment appliquer le tiers-payant ?



Votre patient

a souscrit un **contrat complémentaire santé sélectionné***



vous présente

- sa carte Vitale à jour **OU**
- sa carte Vitale non à jour + l'attestation de « tiers-payant intégral – TPI » adressée par sa caisse d'affiliation. Celle-ci permet de sélectionner les informations de son contrat ACS dans votre logiciel



vous appliquez

- **le tiers-payant intégral** (part obligatoire et complémentaire)
- **si vous êtes médecin, quel que soit votre secteur d'exercice, vous faites bénéficier à vos patients de tarifs sans dépassement**



a souscrit un **contrat complémentaire santé non sélectionné**



Pas d'obligation du tiers-payant intégral.

Vous pouvez continuer à pratiquer le tiers-payant sur la part obligatoire.

Si vous disposez d'une convention de tiers-payant avec l'organisme complémentaire de votre patient, vous pouvez également le pratiquer sur la part complémentaire.

Si vous êtes médecin,

votre patient vous présente à la fois :

- son attestation « aide pour une complémentaire santé » (ACS) – attestation de tiers-payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire)
- ET
- sa carte Vitale à jour

- ▶ **vous appliquez le tiers-payant sur la part obligatoire** (hors part complémentaire), anciennement appelé « tiers-payant social »

- ▶ **quel que soit votre secteur d'exercice, vous faites bénéficier à vos patients de tarifs sans dépassement**



n'a pas souscrit de **contrat complémentaire santé**

* Pour votre information : liste disponible sur info-acs.fr et sur ameli.fr



Comment facturer la part complémentaire ?

Dans votre logiciel de facturation à jour, vous pouvez paramétrer la modalité de paiement liée à votre situation.

- 1 Vous souhaitez disposer d'un interlocuteur unique → Paramètre à cocher « paiement coordonné par l'AMO » → Les montants sont calculés sur la base suivante * :
- pour tous les soins remboursables : 100% de la base de remboursement
 - pour les soins d'orthopédie dentofaciale et les prothèses dentaires :
Contrat A = 125% de la base de remboursement
Contrat B = 225% de la base de remboursement
Contrat C = 300% de la base de remboursement

► Lorsque vous facturez des équipements d'optique, d'audioprothèse ou des médicaments à SMR faible, cette procédure n'est pas adaptée.



Les parts obligatoire et complémentaire vous sont versées sous 7 jours maximum, en un paiement unique par la caisse d'affiliation du régime obligatoire de votre patient. Le retour d'information suit la même modalité qu'aujourd'hui.

- 2 Vous souhaitez conserver une relation directe avec des organismes complémentaires → Paramètre à cocher « procédure standard SESAM-Vitale » → La part obligatoire est réglée par la caisse d'affiliation de votre patient, selon les délais régis par votre convention.

L'organisme complémentaire du patient vous règle le montant de la part complémentaire transmise directement -DRE- ou via un organisme concentrateur technique -OCT- (FSE enrichie avec autorisation d'éclatement) selon les délais habituels.

Pré-requis :

- tables de conventions avec les complémentaires à jour
- présentation par votre patient du support de droit de son organisme complémentaire.

* Pour les professionnels dont les actes et prestations peuvent faire l'objet d'une entente directe (les chirurgiens-dentistes et médecins stomatologues), le montant non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la complémentaire santé doit être versé directement par votre patient.



À tout moment, vous pouvez modifier le choix du dispositif de tiers-payant dans votre logiciel de facturation (choix 1 ou 2). Si votre logiciel n'est pas à jour, contactez votre éditeur de solution FSE.

Vous êtes dans l'impossibilité d'effectuer une FSE...

► **Votre patient bénéficie du tiers-payant intégral et il vous a présenté son attestation TPI ainsi que sa carte Vitale.**

Vous pouvez lui faire bénéficier du tiers-payant intégral en cochant les cases « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire » et « L'assuré n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement » de la feuille de soins.

Si vous êtes biologiste, cochez la case « au laboratoire » dans la partie « remboursement » et notez la mention « tiers-payant » dans la zone prévue à cet effet.

► **Votre patient vous présente uniquement son attestation tiers-payant pour la part obligatoire** (hors part complémentaire), anciennement appelé « tiers-payant social ».

Si vous êtes médecin, vous pouvez lui faire bénéficier du tiers-payant sur la part obligatoire en cochant la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire » dans la zone « Paiement » de la feuille de soins.

► **L'envoi de la feuille de soin papier s'effectue auprès de la caisse d'assurance maladie de votre patient selon les modalités habituelles.**